

<p align="center">Stammdaten der Bewohnerin / des Bewohners</p> <p>Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Adresse: _____ Gesetzl. Betreuer/in (Name / Tel.): _____ Konfession: ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Sonstige Religion: _____ Hausarzt/-ärztin (Name / Tel): _____ Krankenversicherung: _____</p>	<p align="center">Heim / Stempel</p> <p>Ansprechperson: _____ Telefonnr: _____ Erreichbarkeit: _____</p>
---	---

<p align="center">Soziale Aspekte</p> <p>Angehörige/Bezugspers: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____ _____ Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Schlüssel: _____ Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bevollmächtigt: _____ Patientenverfügung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____</p>	<p align="center">Bisherige Medikation</p> <p>s. Medikamentenplan <input type="checkbox"/> zuletzt gegeben: _____ _____ _____ _____ _____</p>
--	--

<p align="center">Einweisungsgrund:</p> <p>_____</p>	<p>Bitte um Rücksprache Ansprechperson s.o. <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Allergien:</p> <p>_____</p>															
<p align="center">Vorerkrankungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p align="center">Hilfsmittel</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center" colspan="2">mitgegeben vorhanden</td> </tr> <tr> <td>Rollator</td> <td align="center">0</td> <td align="center">0</td> </tr> <tr> <td>Rollstuhl</td> <td align="center">0</td> <td align="center">0</td> </tr> <tr> <td>Prothese:</td> <td align="center">0</td> <td align="center">0</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td align="center">0</td> <td align="center">0</td> </tr> </table>		mitgegeben vorhanden		Rollator	0	0	Rollstuhl	0	0	Prothese:	0	0	_____	0	0	<p>_____</p>
	mitgegeben vorhanden																
Rollator	0	0															
Rollstuhl	0	0															
Prothese:	0	0															
_____	0	0															

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten								
Mobilität	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	ja	zeitweise	nein	
- Freies Gehen	0	0	0	- zeitlich	0	0	0	
- Gebrauch v. Gehhilfen ...	0	0	0	- örtlich	0	0	0	
- Sitzen/Umsetzen	0	0	0	- situativ	0	0	0	
				- persönlich	0	0	0	
Körperpflege	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	ja	zeitweise	nein	
- Waschen	0	0	0	Harninkontinenz	0	0	0	
- Bad / Dusche	0	0	0	Stuhlinkontinenz	0	0	0	
- Mundpflege	0	0	0	0	0	0	
- An- u. Auskleiden	0	0	0					
Ernährung	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen				
- Nahrungsaufnahme	0	0	0	- DK-Wechsel:	Silikon	0	Latex	0
- Schluckstörungen	ja	0	zeitweise	- letzter Stuhlgang:	Durchfall	0	Obstipation	0
- Diät:			nein	-				
- Sondenkost:								

<p align="center">Mitgegebene persönliche Gegenstände</p> <p>- Zahnprothesen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Brille/n ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Hörgerät ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Krankenversicherungskarte ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Papiere: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Kleidung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Besonderheiten</p> <p>Dekubitus / -gefährdung <input type="checkbox"/> / Wundbericht anbei <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung <input type="checkbox"/> // Schmerzproblematik <input type="checkbox"/></p>
--	---

Versorgungsnetz Gesundheit e.V., 2017